

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

401

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1896, à 1 heure

Par E. GASCON

Ancien externe à l'Hôtel-Dieu

Né à Redon le 1^{er} juillet 1870

DE LA MORT SUBITE

ET DES

ERREURS MÉDICO-LÉGALES

Auxquelles elle peut donner lieu

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
 { NETTER, THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

401

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1896, à 1 heure

Par E. GASCON

Ancien externe à l'Hôtel-Dieu

Né à Redon le 1^{er} juillet 1870

DE LA MORT SUBITE

ET DES

ERREURS MÉDICO-LÉGALES

Auxquelles elle peut donner lieu

Président : M. PROUST, professeur.

Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
NETTER, THOINOT, agrégés.

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants.	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE .	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Professeur d'hygiène à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Inspecteur général des services sanitaires
Membre du Comité consultatif d'hygiène
Médecin à l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'honneur

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

DE LA
MORT SUBITE
ET DES
ERREURS MÉDICO-LÉGALES

AUXQUELLES ELLE PEUT DONNER LIEU

INTRODUCTION

C'est à la Morgue que le sujet de ce travail nous a été indiqué. Nous remercions profondément M. Descoust, qui nous a inspiré l'idée de cette thèse ; qu'il veuille bien recevoir ce faible témoignage de notre gratitude.

Qu'il nous soit permis aussi d'adresser l'expression de notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales : MM. Chante-messe, Marie, Thoinot, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe à l'Hôtel-Dieu.

Nous ne saurions oublier non plus les maîtres qui nous ont fait faire les premiers pas au début de nos études à l'Ecole de Rennes : MM. Delacour, Aubrée, Dayot, Bertheux, Perrin de la Touche.

M. le professeur Proust, notre maître, dont nous avons été l'externe, nous a fait le plus grand honneur en daignant accepter la présidence de notre thèse; nous l'en remercions très profondément et le prions de vouloir accepter l'expression de notre sincère reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

DISCUSSION SUR LA MORT SUBITE : SA DÉFINITION.

De tout temps la mort subite a frappé les imaginations. Beaucoup de personnes la redoutent ; d'autres, au contraire, la désirent, préfèrent brusquement en finir avec l'existence, plutôt que de voir arriver la mort lentement, peu à peu, avec tout son cortège de misères et de souffrances.

Aussi, dès la plus haute antiquité, préoccupe-t-elle les esprits supérieurs ; Hippocrate s'occupe longuement de ceux que menace la mort subite. Gallien à son tour indique quels sont ceux qui sont le plus portés à périr ainsi. Les philosophes de l'antiquité s'entretennent souvent entre eux de la mort arrivant à l'improviste, c'est là pour les anciens un thème favori. Au dire de Salluste, dans un dîner, auquel assistait Jules César, les convives discutèrent longtemps sur cette question : « Quelle est la mort la meilleure ? » La meilleure, soutenait le grand dictateur, c'est la mort la plus imprévue. *Repentina*.

Au moyen-âge, les idées religieuses qui dominaient alors la société, la font beaucoup redouter. Pourtant les auteurs de cette époque s'en occupent peu. Il faut arriver jusqu'au xix^e siècle pour élucider toutes les causes de la mort subite, pour en connaître le comment et le pourquoi, et surtout pour en fixer les rapports avec la médecine légale.

En effet, une des questions les plus importantes de la médecine légale, c'est assurément la mort subite. Parmi toutes les autopsies médico-légales, près de la moitié ont rapport à ce genre d'accidents (l'infanticide et l'avortement étant les causes les plus ordinaires des autres).

On voit donc combien est nécessaire pour le médecin la connaissance approfondie des causes de la mort subite, combien dans sa carrière médicale il est exposé à faire des nécropsies pour des cas de ce genre.

Toutefois, au point de vue médico-légal, la mort subite n'est pas du tout telle qu'on l'entend au point de vue clinique. Qu'est-ce qu'en somme la mort subite ? C'est la terminaison brusque, instantanée de l'existence.

Eh bien, voilà un malade qui est frappé de fièvre typhoïde ! La maladie a évolué avec une moyenne intensité. Il a atteint, sans trop donner d'inquiétudes, son troisième ou quatrième septenaire ; il entre dans la période de convalescence, il commence même à manger, et tout à coup, sans prodromes, sans avertissements, sans que rien ne puisse faire prévoir ce qui va se passer ; il meurt en quelques secondes. Est-ce une mort subite ? Oui, au point de vue clinique, non au point de vue médico-légal. La mort subite dans la fièvre typhoïde est bien connue depuis

les travaux de M. Dieulafoy ; tout médecin sait que malgré les soins les plus dévoués, un typhique peut succomber subitement. C'est une éventualité rare, il est vrai, malheureuse, mais qu'on doit connaître ; il ne viendra donc à l'esprit de personne de suspecter cette mort, encore moins au parquet d'exiger une autopsie. Et ce que nous disons de la fièvre typhoïde peut s'appliquer à toutes les affections, où la mort subite se rencontre, la pleurésie, la coqueluche, le cancer, la tuberculose, etc. ; si la maladie est bien connue du public, si le patient est notoirement traité pour son mal, il peut mourir subitement. Sa mort ne sera pas une mort subite, médico-légalement parlant.

Voilà, au contraire, un commerçant, un industriel, qui vient de faire un testament en faveur de telle ou telle personne. Peu de temps après, l'héritier se trouve dans des circonstances difficiles, pour faire face à ses affaires, il lui faudrait de l'argent et il n'en a pas ; or, brusquement, à la suite d'un repas notre légataire tombe dans le coma urémique.

Pendant huit, dix, douze, quinze heures, deux jours, la situation reste la même et il meurt. Cliniquement notre homme est-il mort subitement ; Non, il a succombé au bout de quelques heures. Médico-légalement ? Oui. Rien ne pouvait faire prévoir la mort, le commerçant semblait, bien portant. Sans doute il était frappé depuis longtemps, sans doute un médecin eût relevé chez lui tous les petits phénomènes de brightisme. Mais enfin, pour son entourage, pour ses amis, pour lui-même, il n'était pas malade, il a disparu rapidement, en quelques heures, alors que

quelqu'un avait intérêt à le voir mourir. C'est une mort suspecte dont on fera l'autopsie.

Au point de vue médico-légal la mort subite est donc surtout une mort inattendue. Un individu est atteint d'une affection aortique, depuis dix, vingt, trente ans, il le sait, ses amis le savent, sa famille aussi. Malgré cela, il vit de la vie commune, il n'est pas incommodé de son mal et pourtant subitement un jour, il succombe.

La terminaison fatale était attendue, prévue, il n'est donc pas mort subitement au point de vue médico-légal.

La mort subite, accident traître, accident brutal, surprend l'individu à l'improviste, au milieu de ses occupations, de ses travaux, de ses plaisirs. Elle n'est pas précédée, ou, elle est précédée pendant un laps de temps seulement très court de phénomènes morbides inquiétants, et surtout, point capital, c'est une mort imprévue, et ce mot imprévu, comme le dit M. Brouardel, domine dans le public toutes les autres considérations.

Pour tous les auteurs, mort subite veut dire mort inopinée. « Sous le nom de mort subite j'entends celles prévues ou non, qui emportent rapidement le sujet, contre son attente et celle des autres personnes en ce moment-là. Morgagni, lettre 26 ».

« La mort subite enlève par une maladie d'une course rapide, sans agonie ou après une courte agonie, des hommes ordinairement sains, elle survient inopinément. Lancisi ».

Un individu sain, n'ayant aucun organe lésé, ne meurt pas subitement. Sans doute à la suite d'un traumatisme,

d'un accident ou même d'un léger choc, il peut succomber tout d'un coup. La physiologie a démontré que beaucoup de ces morts étaient dues à des phénomènes inhibitoires, mais c'est là un cas particulier. Règle générale, le sujet est malade, frappé d'une affection chronique, qu'il porte souvent depuis de longues années parfois sans s'en douter, et à la suite d'un excès, d'une fatigue, d'un surmenage, il est emporté plus ou moins vite.

Parfois, le patient est atteint d'une affection aiguë, (pneumonie, pleurésie), c'est le plus souvent alors un alcoolique ou un vieillard. Malgré ce mal, il se livre à ses occupations journalières et brusquement au milieu de ses amis, ou de ses compagnons de travail, ou de son entourage, il succombe. Les cas ne sont pas rares à la Morgue, où des gens faisant les plus durs travaux, des mécaniciens, des maçons, des manœuvres, sont apportés comme morts subitement à l'atelier ou aux chantiers. A l'autopsie, presque toujours on trouve une pneumonie ou une pleurésie. Voilà donc des gens, atteints d'une maladie aiguë, fébrile, grave, qui se sont levés, ont marché, ont travaillé comme d'habitude, ont parlé, ont joué avec leurs amis, et qui certes ne pouvaient laisser supposer un instant la maladie mortelle dont ils étaient les victimes.

Aussi, en présence de tous ces faits, la meilleure définition de la mort subite est-elle celle que donne M. Brouardel : La mort subite est la terminaison rapide, imprévue, d'une maladie aiguë ou chronique, qui le plus souvent a évolué à l'état latent.

CHAPITRE II

La mort subite ou inopinée se rencontre dans une foule d'affections ; nous ne nous occuperons ici que de celles qui peuvent donner motifs à des soupçons d'empoisonnement.

MALADIES DU TUBE DIGESTIF POUVANT ÊTRE CONFONDUES
AVEC L'EMPOISONNEMENT ET PROVOQUANT DES MORTS SUS-
PECTES..

Ulcère de l'estomac. — Parmi toutes les maladies du tube digestif donnant le plus souvent lieu à des enquêtes médico-légales, l'ulcère de l'estomac occupe certainement le premier rang. Souvent à la suite de ces terminaisons brusques la première question que la justice se pose est celle-ci. Est-ce un empoisonnement ?

Lorsque l'ulcère évolue avec ses symptômes classiques, lorsque pendant un an, deux ans, le malade accuse des douleurs xyphoïdiennes et rachidiennes, extrêmement

violentes lorsqu'il a eu des vomissements répétés, des hématomèses, du mélcœna, et que subitement il vient à succomber. Il n'y a pas de doutes. L'accident était prévu, attendu. Le Parquet dans un cas de ce genre n'interviendra pas.

Mais l'ulcère de l'estomac est loin d'avoir toujours cette marche. Souvent il évolue sournoisement, insidieusement, sans douleur, et au milieu d'une santé parfaite, brusquement, le sujet est pris d'une perforation de l'estomac, d'une péritonite aiguë, de l'ulcération d'un gros vaisseau, de violentes hématomèses, accidents qui aboutissent en quelques heures, c'est la forme foudroyante en quelques jours c'est la forme rapide à la mort.

Si dans de telles conditions, quelqu'un a intérêt à voir disparaître le malade, Oh, alors on n'hésite pas dans la famille, dans l'entourage, dans les amis, à prononcer le mot d'empoisonnement. Qui n'a lu la mort foudroyante d'Henriette d'Angleterre? Madame se meurt. Madame est morte. Eh bien, s'il faut en croire Littré, elle a succombé non pas à un empoisonnement comme beaucoup d'auteurs l'ont prétendu, mais à un ulcère perforant de l'estomac.

Que de fois pour une affection pareille des innocents ont été accusés, arrêtés, condamnés même! M. Brouardel cite entre autres le cas suivant.

Une femme des environs de Versailles est accusée d'avoir tué son mari. Ce dernier s'était plaint à ses amis, le matin même, d'être un peu souffrant, et il était mort à midi, subitement en mangeant une soupe à l'oseille. Immédiatement enquête, arrestation de la femme. A l'autopsie l'expert trouve une petite quantité d'acide oxalique

dans l'estomac et six ulcérations au voisinage du pylore. Il conclut que l'acide oxalique est cause de ces ulcérations. La femme est condamnée aux travaux forcés. Pour un vice de formes, le jugement est cassé. La défense demande une seconde expertise et s'adresse à Wurtz, Vulpian et Bergeron. Vulpian examine les pièces de l'autopsie : il déclare que les ulcérations sont dues à un ulcère de l'estomac. Wurtz à son tour démontre qu'un état catarrhal de la muqueuse gastrique produit souvent plus d'acide oxalique pendant la digestion d'un morceau de pain qu'il y en avait dans l'estomac du mort. Le ministère public abandonne l'accusation.

Autre observation. — Un homme sort de chez un marchand de vin. Il se tord de souffrance. Il crie je suis empoisonné. La foule s'amasse, s'excite, détruit l'établissement du cafetier, pendant qu'on porte la victime à l'hôpital. L'autopsie montre un ulcère rond (Leudet de Rouen).

Sans doute l'ulcère de l'estomac produit la mort subite, mais quand on trouve à l'autopsie un ulcère, est-ce un ulcère simple, la maladie de Cruveilhier, est-ce au contraire une ulcération due à des toxiques ?

D'abord l'ulcère de l'estomac a des sièges de prédilection, la petite courbure, la paroi postérieure de l'organe, le pylore. Il est arrondi, *ulcus rotundum*, parfois semi-lunaire, irrégulier, quand il résulte de plusieurs ulcères fusionnés. Il détruit progressivement les tuniques muqueuses, fibreuses, musculaires et péritonéales. Vu de l'intérieur de l'estomac, il est conique, creusé en enton-

noir, il a un orifice beaucoup plus étendu que le fond, ses bords sont taillés à pic, à l'emporte-pièce ; il est unique ou multiple, et souvent l'estomac présente des cicatrices provenant d'anciennes ulcérations guéries.

Quand il se termine par perforation l'orifice de sortie est aussi nettement taillé que l'orifice muqueux, tantôt la perforation s'ouvre dans le péritoine, d'autres fois elle est limitée par des adhérences, par des organes voisins, formant tampon. Ces organes peuvent être le foie, la rate, le pancréas, le diaphragme. L'estomac peut encore s'ouvrir dans le duodénum, le colon, les bronches, le péricarde, la plèvre. L'ulcère ne ménage pas non plus les vaisseaux, d'où les gastrorrhagies mortelles.

Les ulcérations, dues à un toxique, ne sont pas limitées en général à l'estomac. La bouche, la langue, le pharynx, l'œsophage en présentent leur part. Les pourtours de la perforation, faite par un poison, sont aussi épais que l'organe l'est naturellement. Point important, souvent ils sont colorés par la substance caustique, qui a désorganisé les tissus, en jaune, si c'est l'acide nitrique, en noir si c'est l'acide sulfurique. Dans les empoisonnements, dûs à des caustiques, les délabrements de la muqueuse sont énormes et ne ressemblent guère aux perforations pathologiques.

Parfois, il existe sur le cadavre des perforations *post mortem*. Le fait s'est rencontré plusieurs fois à la Morgue. L'expert doit connaître ces rares cas, sinon il est exposé à faire une erreur. La perforation se produit ordinairement dans le cas suivant, un individu fait un léger repas, et une demi-heure à trois quarts d'heure après il

meurt subitement pour une raison ou une autre. Les aliments et le suc gastrique s'accumuleront à la partie déclive de l'estomac. Le suc gastrique digèrera la muqueuse, puis les parois, et finalement produira une perforation. Il suffit de penser à ces cas possibles pour ne pas les méconnaître. La présence d'aliments à demi digérés et de suc gastrique en dehors de l'estomac, une énorme perforation de cet organe, située à la partie déclive et sans trace d'inflammation, la feront diagnostiquer.

Un exemple de cette perforation. Un garçon veut empoisonner un chat et va chez un pharmacien chercher de la strychnine. L'idée lui vient de goûter cette substance. Il trempe son doigt dans la poudre, le met dans sa bouche et crache cependant la plus grande partie du poison. Il meurt, à l'autopsie M. Brouardel trouve quoi ? Un estomac contenant environ 60 grammes de liquide noirâtre, deux perforations, l'une de cinq centimètres, l'autre de deux à cinq millimètres. La strychnine excitant la sécrétion de l'estomac, avait accumulé suffisamment de suc gastrique pour produire une perforation *post mortem*.

Ulcère du duodénum. — A côté de l'ulcère de l'estomac provoquant la mort subite, signalons l'ulcère du duodénum. Ce dernier, presque toujours latent, se termine brusquement par perforation. Dans la science on connaît plus de cent cas de ce genre. On conçoit que dans de pareilles circonstances la mort puisse donner des soupçons.

Un homme, se plaignant de vives douleurs dans l'abdo-

men, se présente un matin à la consultation de la Pitié. Subitement, au milieu de la nuit, pendant le sommeil, il a été pris de souffrances atroces, depuis il n'a pas eu un instant de calme. On pense à un empoisonnement possible. Le malade meurt, à l'autopsie on trouve un ulcère du duodénum (Obs. Gilles de la Tourette).

MALADIES DE L'INTESTIN. — OCCLUSION INTESTINALE

Un certain nombre d'affections de l'intestin sont fort importantes pour le médecin-légiste. Fréquemment, elles donnent lieu à des enquêtes, à des suspicions d'empoisonnement, elles méritent donc de nous arrêter.

Parmi tous les états pathologiques de l'intestin, simulant le crime, l'occlusion intestinale occupe le premier rang. Elle est, comme on le sait, caractérisée par l'arrêt complet des évacuations alvines, par le ballonnement du ventre, par des vomissements incoercibles, et elle se termine ordinairement par la mort. L'occlusion provient de causes diverses. Elle peut être due ou à un rétrécissement de l'intestin (compression du tube digestif par une tumeur quelconque, en dehors de ses parois ou altération organique de ses mêmes parois), ou à un étranglement véritable, ou à un volvulus, ou à une invagination, ou à une obstruction par des matières fécales, ou à un pseudo étranglement, quoiqu'il en soit dans certaines circonstances à bon droit suspectes, la marche de la maladie est vraiment dramatique.

Tout à coup, sans cause apparente, une personne jusque-là bien portante, est prise dans l'abdomen, d'une douleur pongitive, angoissante, terrible, alors surviennent des nausées, du hoquet, des vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, enfin fécaloïdes. Le ventre d'abord contracté se ballonne, les anses intestinales se dessinent sous la paroi, les selles se suppriment, le malade ne rend ni matières, ni gaz. Puis viennent la prostration, l'abaissement de la température, le refroidissement des extrémités, la petitesse et l'irrégularité du pouls, enfin la mort. La mort qui survient en 24, 36, 48 heures.

Le nombre des autopsies, faites en pareilles circonstances, est considérable. Citons quelques faits.

Une petite fille de huit ans, meurt en quelques heures. On soupçonne un empoisonnement. A l'autopsie on trouve une imperforation de l'anus. Le vagin communiquait avec le rectum. C'était par un orifice vagino-rectal que passaient les matières. Des scyballes dures, stercorales, avaient intercepté l'orifice, d'où obstruction (Brouardel, *Mort subite*).

Un homme, demeurant rue de la Vieille-Monnaie, meurt en quelques heures avec du hoquet, des vomissements, du ballonnement du ventre, du refroidissement des extrémités. On accuse sa femme de s'être trompée dans l'administration d'une potion, où entraient des substances actives; à l'autopsie un ileus (Tardieu, *Les empoisonnements*).

Un médecin morphinomane revenait de Paris voir son frère. Il meurt subitement à la gare, au moment où il prenait le train pour rentrer chez lui. Dans la ville où

il exerçait, dans la famille, dans les amis, personne ne doutait qu'il ne se fût empoisonné avec la morphine. Comme il avait contracté une assurance sur la vie, il y avait de gros intérêts engagés. L'on fit l'autopsie. Un rétrécissement tubulaire, au-dessus de l'S iliaque, long de 17 centimètres, une paroi épaissie, indurée, telles furent les causes de cette mort fort naturelle (Brouardel, *Mort subite*).

Un médecin de 70 ans, fort connu du monde des théâtres, épouse une jeune femme ; parmi ses amis on ne se gêne pas pour dire que sa femme ne demanderait pas mieux que d'être débarrassée de lui. Il meurt dans des circonstances assez extraordinaires pour légitimer des soupçons. L'autopsie fait découvrir un tube digestif très malade. L'estomac était extrêmement dilaté. La grande courbure avait 75 centimètres, la petite 49, le colon était rempli de scyballes grosses comme le poing (Brouardel, *Mort subite*).

A côté des morts suspectes dues aux occlusions intestinales se trouvent celles causées par les étranglements herniaires. Tardieu en rapporte une observation.

Il s'agissait d'une femme de Courbevoie, morte avec des phénomènes bizarres. Elle avait succombé à une hernie étranglée.

Il est donc facile à l'autopsie de constater si un individu a péri d'une occlusion intestinale aiguë ou chronique, signalons pourtant une cause d'erreur.

L'invagination intestinale se produit parfois dans l'agonie, terminant une mort quelconque.

Il est extrêmement simple de ne pas se tromper. Le bout supérieur de l'intestin n'est pas distendu par des

gaz. Au niveau de l'invagination, la tunique séreuse a un aspect identique à celui qu'elle présente sur les autres points.

Tardieu cite des cas, où la mort subite serait survenue plus ou moins rapidement, sans qu'on puisse découvrir de poison dans les viscères. Il s'agissait peut-être d'intoxication alimentaire et l'analyse chimique a été impuissante à découvrir le poison dans les organes.

Peut-être est-ce dans un cas semblable, que l'on doit ranger l'observation suivante tirée de Tardieu.

Le domestique du marquis de P. se faisait soigner depuis quelques jours par un médecin homœopathe. Il tombe bientôt très malade, présente des vomissements bilieux, des évacuations alvines, des coliques.

Les traits sont altérés, les sueurs sont froides. Il meurt. La face interne de l'intestin était très congestionnée. Une énorme quantité de sang remplissait le tube digestif. Les conclusions furent que la mort était due à une hémorragie consécutive à une entérite.

AFFECTIONS DES ANNEXES DU TUBE DIGESTIF CAUSES DE MORT
SUSPECTE.

Les maladies du foie produisent de temps en temps des morts éveillant des soupçons.

Lithiase biliaire. — En première ligne vient la lithiase biliaire, c'est la plupart du temps au cours d'une colique hépatique que survient la terminaison fatale,

Un sujet bien portant est pris, quelques heures après le repas, et c'est là le fait capital, d'une douleur atroce, qui irradie en divers sens, au creux épigastrique, autour de l'ombilic, à l'hypocondre droit, à l'extrémité inférieure de l'omoplate. Le malade pousse des cris aigus. Il se tord dans son lit, il cherche par toutes les positions possibles à calmer ses souffrances. Les vomissements d'abord alimentaires deviennent bilieux et glaireux. Or, des complications inexorables de la colique hépatique peuvent enlever le patient.

Tantôt c'est une perforation des voies biliaires, ou de l'intestin, ou de l'appendice vermiculaire : tantôt c'est une syncope. Alors parfois la justice demande d'où vient la mort ?

Lorsqu'il y a rupture des canaux cystique ou cholédoque, une perforation des voies biliaires ou du canal intestinal, une péritonite suraiguë, rien n'est plus facile au médecin légiste de la déterminer. Mais lorsqu'on ne trouve rien, rien qu'un calcul engagé dans les voies biliaires, pourquoi le sujet a-t-il succombé ? Probablement on est en face d'un phénomène inhibitoire. Une excitation physique ou morale arrête, comme on le sait, les mouvements réflexes, un centre excité paralyse l'action d'un autre centre en activité et cette paralysie c'est l'inhibition.

« Donc l'inhibition est l'arrêt d'une fonction, provoquée à distance par une excitation du système nerveux si cette excitation est suffisamment intense, les fonctions peuvent disparaître sans retour, si ce sont des fonctions nécessaires à la vie, la mort en sera la conséquence. »

M. Brouardel cite le cas d'une mort, due à une colique hépatique, qui provoqua une intervention judiciaire.

Une femme avait un rendez-vous aux environs de Paris, avant de monter dans le train, elle entre dans un café et elle demande un sirop de groseilles. Dans le wagon, elle est prise d'atroces douleurs abdominales. On a dû m'empoisonner, s'écrie-t-elle. Arrivée à la station, on la conduit à un hôtel voisin de la gare. Elle fait appeler un médecin et meurt dans la nuit. L'ouverture du corps fit découvrir un calcul engagé dans le cholédoque.

Kyste hydatique. — Les kystes hydatiques du foie en se rompant, produisent de temps en temps des morts subites. L'ouverture d'un kyste suppuré dans le péritoine donne lieu à une péritonite mortelle. La terminaison est aussi funeste, si le kyste s'ouvre dans le péricarde ou la veine-cave (Thèse Bertout. Paris, 1883).

Une femme succombe très rapidement en proie à des douleurs, des vomissements incoercibles, du refroidissement des extrémités, elle avait été prise, peu auparavant, en flagrant délit d'adultère, par son mari. On soupçonne un suicide ou peut-être une vengeance. La mort était due à un kyste hydatique, rompu dans le péritoine (Tardieu. *Empoisonnements*).

Ictère grave. — Enfin, on connaît le rôle important du foie dans l'économie. C'est lui qui sert à détruire les toxines, que fabrique notre tube digestif. Tant que la cellule hépatique fonctionne bien, tout est pour le mieux, mais qu'elle vienne à être touchée. Qu'elle soit altérée par suite des habitudes alcooliques du sujet, ou pour toute autre cause. Alors le foie ne remplit plus son rôle. Alors

les poisons, que produit notre organisme, ne sont plus détruits. Nous mourons par un véritable empoisonnement. C'est nous-mêmes qui nous empoisonnons, c'est l'auto-intoxication.

Toutes les maladies du foie peuvent se terminer ainsi. L'insuffisance hépatique avec son cortège de céphalées de myosis, de vomissements, de subdélirium, d'hypothermie et coma terminal, peut simuler un crime quand des intérêts sont en jeu. Car pourquoi, un foie, qui quoique malade, remplissait à peu près ses fonctions hier, ne le peut-il plus aujourd'hui?

Le type d'ailleurs de l'intoxication aiguë n'est-il pas réalisé par l'ictère grave, ou rien, sinon les commémoratifs et surtout l'examen chimique, ne peuvent différencier un état pathologique naturel avec un empoisonnement dû au phosphore ?

Péritonite tuberculeuse. — Hormis les affections du foie, les autres maladies des annexes du tube digestif seront rarement pour le parquet motifs à enquête. De la péritonite aiguë nous ne parlerons pas évidemment. Ne l'avons-nous pas rencontrée dans l'ulcère de l'estomac, dans la rupture des voies biliaires, dans l'ouverture des kystes hydatiques ?

Dans la péritonite tuberculeuse, l'amaigrissement du malade, les vomissements, la dureté, l'empâtement, le développement du ventre, les sueurs nocturnes, la fièvre, les œdèmes cachectiques, la marche chronique de la maladie ne peuvent guère tromper l'entourage du patient. La terminaison fatale est attendue par tout le monde.

Tardieu rapporte cependant un cas, où une péritonite

tuberculeuse émut le Parquet. Un sieur F... habitant
Montmartre, meurt. La police croit à un empoisonnement,
elle fait faire l'autopsie. Tardieu trouve une péritonite
tuberculeuse.

CHAPITRE III

MALADIES DES REINS POUVANT PRODUIRE DES MORTS SUBITES SUSPECTES.

Le rein est une cause fréquente de mort subite. Après les affections du cœur, les maladies du rein produisent le plus souvent ce genre de mort. C'est en général au cours d'une néphrite chronique que le malade succombe brusquement, au milieu d'une santé en apparence excellente. Pendant de longues années, il ne présentera que des phénomènes légers d'urémie dont il ne se préoccupera même pas. Il aura des céphalées, il les mettra sur le compte de prétendues migraines ; quelques difficultés respiratoires la nuit, il accusera l'asthme ; des troubles digestifs légers, il les imputera à la dyspepsie ; des troubles de la vue, il pensera que l'âge fait baisser ses facultés visuelles ; de la polyurie nocturne, il l'attribuera à une lésion vésicale. Peut-être même en présence de tels phénomènes, un médecin aura fait examiner les urines. On n'aura rien trouvé. Ne savons-nous pas aujourd'hui que l'albuminurie n'a qu'une valeur très secondaire dans le diagnostic du mal

de Bright : qu'elle n'est qu'un témoin, témoin infidèle, témoin trompeur.

Aussi la mort subite dans les affections du rein attire l'attention du parquet et donne souvent lieu à des enquêtes. C'est qu'en effet elle survient presque toujours dans des conditions particulières, conditions qui peuvent faire penser à un empoisonnement. C'est presque toujours à la suite d'un repas un peu copieux, après un écart de régime, après un léger excès de boissons, incapable par lui-même de déterminer l'ivresse qu'éclate l'accès d'urémie.

Le malade meurt subitement ou en quelques heures, alors on se demande s'il n'y a pas une relation quelconque entre les substances prises par le sujet et la cause de la mort. Les preuves de la mort rapide survenant dans de telles conditions abondent.

Un homme albuminurique a de légers accès de dyspnée depuis longtemps. Un jour, à l'occasion du mariage de sa fille, il fait chez lui un grand repas et boit plus que de coutume sans se déranger cependant. Le lendemain matin, on le trouve mort dans son lit. M. Vibert à l'autopsie constate une néphrite chronique.

Un journaliste, content de sa journée, va le soir dans une maison de tolérance. Il offre du champagne aux pensionnaires et monte dans une chambre avec l'une d'elles. Au milieu de la nuit, il laisse aller sous lui des matières fécales, et il est abandonné par la femme indignée, le trouvant trop ivre. Le lendemain matin, il gisait au pied du lit, mort et couvert d'ecchymoses. La police arrête toute la maison. A la Morgue, l'autopsie démontre que l'individu avait succombé à une attaque d'urémie.

Un monsieur brightique, au régime lacté depuis longtemps, ayant du monde à dîner chez lui, demande à un médecin, son convive, la permission de prendre un verre de vin. Il en boit trois et c'est tout. Le lendemain matin il était mort (cas cité à la Morgue, par M. Vibert).

En présence d'attaques urémiques aussi imprévues, on conçoit qu'à bon droit le Parquet pense à un crime, à un empoisonnement. D'ailleurs l'urémie n'est-elle pas un empoisonnement, n'est-ce pas une véritable auto-intoxication?

Ne sait-on pas, depuis les merveilleuses recherches de M. Bouchard, que l'urine contient un grand nombre de poisons? Deux substances minérales : l'une diurétique, l'urée; l'autre convulsivante, la potasse. Cinq poisons organiques, le premier, narcotique, le second sialogène, le troisième convulsivant, le quatrième contractant la pupille, le cinquième hypothermique. Ces poisons doivent être chassés de l'organisme par le rein, que le rein ne remplisse plus cette fonction, nous sommes empoisonnés, alors éclatera l'attaque d'urémie, qui, comme le dit M. Jaccoud, est le résultat de l'insuffisance de la dépuraction urinaire.

Et cela est si vrai, l'urémie est un empoisonnement dû à des substances si complexes, que selon la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut penser que la victime succombe par tel ou tel poison.

Voici un individu frappé d'urémie convulsive aiguë. Il présente des convulsions toniques, des convulsions cloniques, les accès se répètent à des intervalles rapprochés, et il meurt rapidement dans le collapsus. Eh bien, un mé-

decin qui ne connaît pas ses antécédents, ne peut-il pas songer à un empoisonnement ? Et l'empoisonnement par la strychnine n'a-t-il pas bien des rapports avec celui que nous venons de décrire ?

Un procès célèbre a ému l'opinion, il y a quelques années. C'était l'affaire Palmer. S'il faut en croire M. Reclus, il s'agit là d'une erreur médico-légale. Cook serait mort, non d'un empoisonnement par la strychnine, mais d'une intoxication alcoolique, greffée sur une affection rénale ancienne.

Dans l'urémie délirante, il y a de l'excitation, de l'agitation, de l'insomnie, de la loquacité, des vociférations. Le malade se lève, ne peut tenir en place, il hurle, il vocifère, puis il périt dans la torpeur, dans l'engourdissement, dans la somnolence.

Il y a un empoisonnement qui reproduit presque tous ces phénomènes. C'est l'empoisonnement par la belladone. Là en effet le patient est en proie à une violente excitation. Il a un délire bruyant, triste ou gai, avec impulsion à détruire, des vertiges, des hallucinations et progressivement il tombe dans le coma avec évacuations involontaires de l'urine et des matières fécales, abolition des réflexes, pouls petit, irrégulier.

Quant à la forme comateuse de l'urémie, rare d'emblée, existant cependant, elle reproduit presque le tableau de l'empoisonnement par l'opium. Dans les deux cas, l'état comateux est le même, les pupilles sont fortement rétrécies, la peau froide et visqueuse, et le malade meurt dans un état véritablement apoplectiforme.

Et l'urémie gastro-intestinale, avec ses vomissements

glaireux, incoercibles et même sanguinolents, avec cette diarrhée dysentérique, ces flux intestinaux abondants et répétés, ne simule-t-elle pas à s'y méprendre l'empoisonnement par un narcotico-âcre, le colchique par exemple?

Bien des fois en face de morts imprévues, survenant dans de pareilles conditions, la justice s'est émue. Un homme est pris de malaises, d'étourdissements, de maux de tête, il entre chez un pharmacien, il prend une potion et il meurt. La foule s'amasse, accuse le pharmacien d'avoir tué son client et met à sac le magasin. On fait l'autopsie du prétendu empoisonné. L'on trouve une néphrite chronique (Brouardel. *Mort subite*).

La mort brutale, inattendue, produite par l'urémie, est parfois pour le médecin cause de bien des tracasseries. Certaines personnes présentent une susceptibilité particulière à la prise des médicaments, ce sont presque toujours des brightiques. Or ce fait s'est vu souvent. Il arrive qu'on appelle un médecin, auprès d'un malade, en proie à un accès de dyspnée, ou à des troubles intestinaux, ou à une céphalalgie opiniâtre, le médecin n'examine pas les urines de son malade, il prescrit une substance active, de l'opium, de la morphine, de l'aconitine. La dose ordonnée est thérapeutique, elle est restée dans les limites du codex, elle n'avait rien d'exagéré. Le médecin s'en va, fait un diagnostic la plupart du temps bénin, rassure la famille du malade, et annonce qu'il repassera le lendemain. Le patient prend le médicament en suivant textuellement l'ordonnance et peu après il meurt. Evidemment dans la famille, dans l'entourage, dans le quartier, on

cause, on ne se gêne pas pour accuser le médecin de s'être trompé, d'avoir prescrit une dose trop forte, bref d'avoir tué le malade.

Le bruit prend de la persistance, il arrive aux oreilles du Parquet, une enquête est ordonnée, l'exhumation a lieu, on fait l'autopsie, presque toujours on trouve une néphrite chronique.

Le médecin n'est guère coupable, peut-être a-t-il été un peu léger; le Parquet ne poursuit pas, mais le public ne pardonne pas.

M. Brouardel cite un joli cas d'intolérance du rein vis à vis des médicaments. Un jeune officier, n'ayant ni sucre ni albumine, vient le consulter pour des furoncles. Il le traite. Peu de temps après, le jeune homme contracte un chancre induré. A la première pilule de protoiodure, il tombe dans le collapsus. Il présente jusqu'à quatre-vingts grammes d'albumine.

Une consultation a lieu, malgré M. Brouardel on résolut de passer outre et l'on redonne du mercure. La seconde pilule détermine une stomatite qui dure cinq mois. Il fut donc impossible de continuer le traitement.

Goutte. — C'est dans de pareilles conditions que l'on rencontre la mort subite dans la goutte. Les effets de goutte remontée, accidents terribles, survenant dans le cours d'une attaque franche, sont presque toujours dus à une altération des reins et à une intervention thérapeutique malheureuse. La pathogénie de ces morts rapides est à peu près connue aujourd'hui.

La douleur de l'attaque est intolérable, le patient est en proie à de véritables tortures, le contact des couver-

tures, les trépidations, produites dans la chambre par les personnes qui marchent, tout redouble des souffrances tellement atroces, qu'on les a comparées à de l'huile bouillante, à du plomb fondu coulant le long du membre affecté. Aussi ce que demande le malade, c'est d'être soulagé. Souvent son médecin ne le veut pas, et il suit en cela les conseils de Trousseau et de Sydenham. Qu'arrive-t-il alors ? Le gouteux s'adressant à un empirique, il prend une substance anti-goutteuse quelconque mais toujours à base de colchique. Or, de deux choses l'une, son rein est sain, ou il ne l'est pas. Dans le premier cas l'accès est coupé ; mais dans ce second le colchique, congestionnant le rein, le rend incapable de remplir sa fonction. Notre gouteux est exposé à mourir rapidement d'une attaque d'urémie aiguë.

A l'autopsie du brightique, que trouve-t-on ? Quelquefois un gros rein. L'organe peut arriver alors à peser 300 grammes. Sa capsule se décortique facilement, il n'a ni saillie, ni kyste. Sa substance corticale a doublé ou triplé de volume ; au microscope, on voit que les glomérules et les tubes sont deux ou trois fois plus gros qu'à l'état normal, que les cellules ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Dans les tubes contournés, il y a des cylindres, des globules blancs et rouges.

Plus souvent on trouve le petit rein rouge. Le rein est atrophié, réduit au poids de 80, 60, 40 grammes même, de teinte grisâtre, jaunâtre, rougeâtre. L'organe est quelquefois déformé, bosselé. La capsule est épaissie, adhérente, il est impossible de l'enlever sans détacher quelques lambeaux de la substance sous-jacente.

Sur toute la surface de l'organe, il y a des granulations, de la grosseur d'un grain de mil. A la coupe la substance corticale est atrophiée, réduite à environ un millimètre. Vus au microscope, les glomérules de Malpighi présentent un épaissement énorme de leurs capsules. La membrane des tubuli est sclérosée, le calibre des canalicules très réduit. Un tissu fibreux fort épais, existe autour des tubes, des glomérules des vaisseaux.

Diabète. — A côté de la mort subite, rapide de l'urémie, on peut placer la mort subite dans le diabète. Le diabétique est un homme que le moindre accident peut emporter. Quand il connaît sa maladie, quand sa famille sait le terrible mal dont il est atteint, sa disparition rapide ne peut émouvoir la justice. Mais beaucoup de diabétiques ignorent leur mal. Un peu de polyurie, une exagération modérée de la soif, tels sont parfois les seuls symptômes du diabète, et l'on conçoit que des phénomènes si minimes ne peuvent préoccuper beaucoup le sujet. Aussi dans de telles conditions, l'examen des urines n'est jamais fait. Malgré cette apparence bénigne de la maladie, l'individu n'en est pas moins exposé à de redoutables complications.

Or, certains hommes sont surtout enclins au diabète, ce sont ceux qui mènent une vie agitée; les banquiers, les financiers, les hommes politiques. On a dit que les députés étaient tous des candidats au diabète. Voilà donc un homme d'état, un homme d'affaires, obligé depuis quelque temps, pour faire face aux nécessités de la politique ou de la finance, de se fatiguer beaucoup. Or, c'est précisément à l'occasion du surmenage, d'un voyage,

d'un excès de travail que survient le coma diabétique.

Subitement notre individu est pris de troubles gastro-intestinaux, de vomissements, de diarrhée, de douleurs abdominales, ou encore des troubles dyspnéïques, accompagnés d'agitation, puis de dépression progressive. Enfin la température baisse et la mort survient dans le collapsus. D'autres fois le malade, avec de la céphalalgie, des vertiges, présentera tous les signes de la parésie du cœur, pouls petit, irrégulier, cyanose, refroidissement et bientôt il aboutira au coma. Enfin signalons chez le diabétique, une mort subite instantanée due probablement à une syncope cardiaque.

Dans de telles conditions, si un parti quelconque a intérêt de voir disparaître notre homme politique, si la mort imprévue du financier peut avoir une certaine influence sur la Bourse ou sur la direction de telle ou telle affaire, si elle est un gain ou une perte pour telle ou telle société, l'opinion publique s'émeut, exige une enquête et réclame une autopsie pour connaître exactement la cause du décès.

L'autopsie pourtant ne renseignera guère. Quand le médecin légiste aura la bonne fortune de la faire quelques heures seulement après la mort, il pourra trouver du sucre dans les urines de la vessie. Mais quand, comme cela a lieu presque toujours, ce n'est qu'après exhumation que la nécropsie est faite alors la plupart du temps, on ne découvre rien.

CHAPITRE IV

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX POUVANT SIMULER L'EMPOISONNEMENT.

Hémorrhagies cérébrales. — Dans les faits assez nombreux les maladies du système nerveux ont donné lieu à des interventions de la justice. Parmi celles qui peuvent occasionner une enquête du juge d'instruction se trouvent en première ligne les hémorrhagies cérébrales.

Quand cette maladie survient avec ses symptômes classiques il est rare que la justice se dérange. En effet, même les personnes étrangères à la médecine font le diagnostic d'une attaque. Le malade avec ou sans perte de connaissance a tout un côté du corps paralysé, la face est rouge, vultueuse, les traits sont déviés vers le côté sain, et la joue du côté malade, soulevée à chaque expiration, a donné lieu à l'expression vulgaire « fumer la pipe ».

Dans les cas graves, qui enlèvent les malades en quelques heures (et ce sont ces cas-là seulement qui peuvent

faire soupçonner un crime) la résolution est complète, la perte de connaissance absolue, il y a des convulsions, des contractures, signes redoutables indiquant l'envahissement des ventricules, des méninges ou du mésocéphale. La vessie est paralysée, la respiration est bruyante, stertoreuse, la mort survient avec accélération du pouls et de la respiration, élévation de la température.

Que des intérêts soient en jeu, qu'un héritage doive tomber à point à une personne gênée d'argent ou peu scrupuleuse, que des dissensions existent dans une famille peu recommandable, voilà le Parquet en éveil. Les parents, les amis du mort se rappelleront qu'ils l'ont vu le matin même de son décès, qu'ils lui ont causé, qu'ils n'ont rien remarqué de suspect chez lui. Ils se demanderont comment dans de telles circonstances la mort peut survenir ; redoutant pour eux-mêmes une terminaison si imprévue ils n'admettront pas qu'on puisse disparaître en pleine santé d'une manière aussi rapide et pour rejeter loin d'eux toute crainte de s'en aller ainsi ils poseront hardiment l'éventualité d'un crime. Tous ces racontars grossis, exagérés, arriveront à l'oreille du juge. Le Procureur prendra note des cancans de l'un, des accusations de l'autre, et quand il croira avoir des preuves suffisantes pour justifier une intervention, il ordonnera l'exhumation.

Une femme alcoolique, demeurant à Montmartre, vivant en très mauvaise intelligence avec son mari, tombe subitement dans le coma. On soupçonne, on ne sait pourquoi, un empoisonnement par l'opium. L'autopsie est faite. Tardieu trouve la pie-mère très injectée. Dans le ventri-

cule droit était un caillot du volume d'un œuf de dinde. Les parois des ventricules étaient ramollies jusqu'à la surface des circonvolutions. Le ventricule gauche contenait deux cuillerées à café de sérosité sanguinolente. Il y avait aussi une forte congestion des poumons.

En 1842 un vieillard meurt subitement à Chambéry.

L'autopsie est exigée par le Parquet. Les experts soutiennent qu'il a été empoisonné par l'acide cyanhydrique. Ils ont même trouvé ce poison dans l'estomac. Le neveu est accusé d'avoir tué son oncle, il est arrêté. Il va être condamné, mais la défense réclame une nouvelle expertise. Orfila est chargé de cette affaire, il démontre que la prétendue victime a succombé à une attaque d'apoplexie. Bien entendu le jeune homme fut remis en liberté (Briand et Chaudé, *Médecine légale*).

L'hémorrhagie cérébrale survient chez les gens à constitution apoplectique. Elle est due à la rupture d'une artère cérébrale. Le système vasculaire chez ces individus là est atteint d'une lésion, dite péri-artérite diffuse, à marche lente et qui amène l'altération des parois vasculaires. Il y a en somme lésion de la tunique externe, lésion de la tunique interne, la tunique moyenne contractile s'atrophiant et disparaissant. La résistance du vaisseau est devenue moindre, d'où ectasie de l'artère et formation de l'anévrysme dit miliaire.

Cet anévrysme d'un demi-millimètre de diamètre environ peut être vu à l'œil nu, c'est lui qui en se rompant à un moment donné produit l'hémorrhagie cérébrale.

A l'autopsie d'un individu mort d'une hémorrhagie cérébrale récente, nous trouvons les parois du foyer hémor-

rhagique déchiquetées et anfractueuses. Le sang, qui y est contenu prend l'aspect gelée de groseille des caillots du cœur. Les foyers ont des dimensions variables, tantôt ils sont gros comme une amande, une pomme, tantôt ils ont à peine la largeur d'une tête d'épingle. On se trouve alors en présence de l'apoplexie capillaire de Cruveilhier. Le foyer hémorragique peut être situé dans la capsule externe, dans les noyaux, dans la capsule interne, dans les ventricules; dans le bulbe. Parfois ils sont symétriques. Enfin signalons que l'artère, qui se rompt le plus fréquemment, l'artère de l'hémorragie cérébrale de Charcot est l'artère lenticulostrée, son parcours est bien connu. Elle traverse le troisième segment du noyau extra-ventriculaire, puis la capsule interne et se termine dans le noyau intra-ventriculaire du corps strié.

Hémorragies méningées. — Les hémorragies méningées produisent un certain nombre de morts subites. La plupart du temps même quand l'épanchement est très abondant, le malade n'est pas foudroyé. L'accident a toujours une certaine durée et la mort est précédée de phénomènes comateux.

La mort subite dans ces affections est due à la rupture d'un vaisseau des méninges, ou encore à celle d'un anévrysme des artères de la base de l'encéphale.

Quoiqu'il en soit, la mort par hémorragie méningée a pu simuler plusieurs fois un empoisonnement et amener ainsi une autopsie judiciaire.

Un homme de 46 ans entre dans le service de M. Blachez, avec tous les symptômes d'une intoxication suraiguë. Il meurt le lendemain. On trouve à la convexité des

deux hémisphères; un épanchement de 80 grammes de sang environ ayant la consistance gelée de groseille (*Dictionnaire Dechambre*).

A l'autopsie d'une pachyméningite on voit des néomembranes fines superposées, naissant de la face interne de la dure-mère. Elles siègent le plus souvent à la convexité de la voûte crânienne; avec l'âge, elles s'épaississent et se vascularisent.

C'est la rupture de ces vaisseaux qui constitue l'hémorragie enkystée, l'hématome de la dure-mère.

A côté des hémorragies de la dure-mère, se placent les hémorragies sus ou sous-arachnoïdiennes, très souvent chez l'adulte du moins, elles sont sous-arachnoïdiennes. Dans ce cas la pie-mère est infiltrée, les plexus choroïdes injectés, les ventricules parfois envahis, souvent il existe des caillots. Au-dessous de cet épanchement les circonvolutions cérébrales sont aplaties, le cerveau est plus ou moins exsangue.

Méningites. — Certes une maladie provoquat la mort subite et que le public ne soupçonne même pas, c'est assurément la méningite. Dans le monde, on ne connaît que trop les atroces souffrances des individus, des enfants atteints de cette affection.

Souvent le médecin lui-même ne peut se figurer la méningite qu'avec sa forme classique, surtout si elle est due à la tuberculose. Il s'attend donc à la rencontrer telle qu'elle est ordinairement décrite. D'abord la période d'excitation, avec son épouvantable céphalalgie, ses vomissements, sa constipation, bref le trépied méningitique.

Puis arriveront les secousses convulsives, les contrac-

tures dans les muscles de la nuque, le strabisme, le rétrécissement des pupilles, le cri hydrencéphalique, épouvantant si fort l'entourage du malade. Au bout de quelques jours, parfois même de deux semaines, surviendra la période de dépression, pouvant faire supposer à une amélioration. Le drame continuera pourtant à se dérouler. Le malade sera là, plongé dans la stupeur, le pouls et la température offrant le phénomène nommé par M. Jaccoud fièvre dissociée. Bientôt le ventre se creusera en bateau, les secousses, les convulsions, les contractions, les paralysies s'accroîtront, puis la respiration s'embarrassera. Enfin inexorablement la maladie aboutira à la dernière période, avec un pouls extrêmement fréquent, un ventre ballonné, une respiration irrégulière, le coma et la mort.

Dans d'autres cas, quand le terrible mal n'est pas tuberculeux, il est dû à une otite, à une pneumonie, et quoique plus rapide que précédemment, il n'aboutit au dénouement fatal qu'après plusieurs jours.

Eh bien ! la méningite ne suit pas toujours cette marche si franche. Parfois elle évolue sournoisement, insidieusement, sans donner le moindre symptôme, et se termine brusquement par un coma que rien ne pouvait faire prévoir.

M. Vibert, dans son *Traité de médecine légale*, en rapporte un cas bien typique. Une fille publique fait le raccolage dans la rue. Elle entre un soir avec un homme dans un hôtel meublé. Le lendemain, l'individu paye la chambre, sort et se rend à ses affaires.

A midi, la fille n'était pas encore descendue ; on monte chez elle, on la trouve dans le coma. Elle meurt quel-

ques heures après. M. Vibert à l'autopsie trouve une méningite suppurée. On ne peut pas admettre que la supuration se soit produite en quelques heures.

Voilà donc une fille, qui quoique malade, mortellement frappée, continuait son triste métier, sans être le moins du monde incommodée.

D'ailleurs les morts subites au cours d'une méningite anormale sont bien connues aujourd'hui. Elles ont surtout été étudiées dans ces dernières années par M. Chantemesse. Maintenant que l'attention est attirée sur ce sujet, on trouve de nombreuses observations de méningites se révélant par une attaque apoplectiforme et aboutissant rapidement à la mort.

Des cas de ce genre sont importants à connaître. Ils ont donné et donneront encore lieu à des soupçons d'empoisonnement, nécessitant ainsi les interventions du Parquet.

Tardieu cite plusieurs observations.

Brusquement, un homme dans la rue se sent mal à l'aise. Il entre chez un pharmacien. Ce dernier lui donne une consultation et des pilules. Quelques instants après, notre homme meurt. Le pharmacien est accusé d'avoir empoisonné son client. A l'autopsie, une méningite.

Un sieur P..., souffrant, fait appeler un docteur qui lui prescrit deux pilules d'extrait d'opium. Le malade les avale et meurt subitement après. Le médecin est accusé par la famille de s'être trompé dans l'ordonnance du médicament. L'autopsie démontra une méningite.

Une mère fait appeler un médecin pour son bébé indisposé. Après la prescription du docteur exécutée à la

lettre, l'enfant meurt. On accuse le médecin. L'autopsie prouva qu'on avait affaire à une méningite.

A l'autopsie d'une méningite tuberculeuse, on trouve les lésions plus accusées à la base du cerveau. Les granulations tuberculeuses siègent principalement sur les gaines lymphatiques des vaisseaux. Au voisinage de la scissure de Sylvius, siège de prédilection de la méningite, il existe un exsudat lardacé, abondant, grisâtre.

Dans les vaisseaux il se produit des artérites oblitérantes, d'où ramollissement en certains points de la substance cérébrale. Souvent l'examen du thorax et de l'abdomen fait découvrir d'autres lésions d'origine tuberculeuse.

Dans les méningites pneumoniques, les lésions prédominent au contraire à la convexité du cerveau.

L'exsudat a une consistance molle, et diffère « aussi bien de l'exsudat lardacé, grisâtre, de la méningite tuberculeuse que du pus crémeux, se laissant aisément détacher, qu'on observe dans la méningite résultant de la carie du rocher » Netter. Souvent dans ces affections pneumoniques, les méninges spinales sont atteintes. N'oublions pas aussi qu'il existe des méningites à colibacilles. Quoiqu'il en soit, si l'on veut connaître la nature exacte de la maladie, l'examen bactériologique tranche la question. Toutefois ce n'est pas le rôle du médecin légiste et cela importe peu à la justice qu'un individu ait succombé à une affection à pneumocoques, ou à colibacilles, ou à bacilles de Koch. Ce qu'elle veut savoir c'est s'il y a eu crime, si le défunt a été empoisonné oui ou non.

Abscès du cerveau. — Une affection qui donne parfois lieu à des morts subites, nécessitant des enquêtes, c'est l'otite et en particulier l'otite chronique purulente. Dans cette maladie les douleurs sont en général peu marquées, elles se manifestent de temps en temps sous forme d'accès. L'écoulement à travers le conduit auditif externe est variable, tantôt il est si abondant qu'il imprègne les oreillers pendant la nuit, tantôt au contraire il s'écoule à peine quelques gouttes de pus au dehors, la plus grande partie se concrétant sous forme de croûtes dans le conduit. On conçoit que souffrant très peu, ne perdant par l'oreille que peu ou point de pus, un sujet ainsi atteint ne se préoccupe pas beaucoup de son mal. Il n'en est pas moins exposé à de terribles complications, qui peuvent l'enlever en quelques heures, et ces complications proviennent des rapports de la caisse du tympan avec différents organes.

La paroi supérieure de la caisse est formée par une lame osseuse, très mince, transparente, séparant à ce niveau l'oreille moyenne de la cavité crânienne. A travers cette lame des tractus conjonctifs, un certain nombre de vaisseaux se rendent de la dure-mère crânienne à la muqueuse de la caisse. Eh bien, ces connexions vasculaires, la minceur de cette cloison, permettent le retentissement possible des lésions de l'oreille moyenne sur le cerveau et les méninges.

La paroi inférieure du plancher de la caisse est réduite quelquefois à une feuille de tissu transparent, on y a même observé parfois de véritables pertes de substance.

Or, au-dessous d'elle, se trouve la fosse jugulaire et le golfe de la veine jugulaire; on comprend qu'un tel voisinage permet aux inflammations de l'oreille moyenne de se propager de proche en proche jusqu'à ce golfe et déterminer dans ce vaisseau des thromboses mortelles.

La paroi antérieure de la caisse présente avec la carotide interne les mêmes rapports de voisinage que la paroi inférieure avec la jugulaire. Voilà l'explication des cas de mort subite par hémorrhagie artérielle survenant au cours d'une affection suppurative de la caisse.

Un domestique de Sainte-Barbe, atteint d'otite, est envoyé par son médecin, M. Brouardel, dans le service de Bernutz. Il sort de l'hôpital au bout de quinze jours, à peu près guéri. Pour fêter sa sortie, il se rend à un bal public et boit beaucoup. Le lendemain, en cirant les parquets du collège, il tombe sans connaissance. On le transporte de nouveau à l'hôpital, il meurt dans la journée. A l'autopsie dans le lobe sphénoïdal, on trouve un abcès du cerveau, gros comme un œuf de poule.

Une surprise de l'autopsie, c'est la méningo-encéphalite diffuse, qui peut évoluer sourdement, sans douleur, et se révéler seulement par le coma.

Un individu dans une rixe reçoit au cuir chevelu un coup de couteau. Il va trouver un médecin. L'homme de l'art panse la plaie, déclare au blessé qu'elle a peu de gravité, et que dans deux jours il pourra prendre son travail. L'individu suit le conseil du médecin et se remet à ses occupations. Huit jours après, au milieu de l'atelier, il tombe brusquement dans le coma et meurt. A l'autopsie, on trouve une lame de couteau, traversant complète-

ment le cerveau, la pointe fichée dans la base du crâne et l'extrémité supérieure brisée au niveau du cuir chevelu. Ce corps étranger avait déterminé une méningo-encéphalite diffuse (Vibert, *Médecine légale*).

CHAPITRE V

MORTS SUSPECTES DANS LES AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Non seulement les maladies du tube digestif, des reins ou des centres nerveux, peuvent donner lieu à des suspicions d'empoisonnement. Il n'est pas rare de voir attribuer à une intoxication, la mort d'une femme, produite par une affection des organes génitaux.

Et d'abord, constatons que certaines femmes saines, sans aucune lésion, peuvent mourir subitement par le simple toucher digital. Les cas de ce genre, pour rares, ne sont pas moins réels. L'expert doit y penser dans un cas de mort subite chez la femme ; voilà une dame allant consulter une sage-femme, elle meurt subitement dans le cabinet de la matrone.

Eh bien ! presque toujours dans le public, on accusera la sage-femme d'avoir tenté un avortement.

L'accusée peut être bien innocente. D'autres fois un médecin, en introduisant le spéculum ou l'hystéromètre chez une de ses clientes, provoque une syncope mortelle. On

conçoit dans de telles circonstances les ennuis et les dé-
mêlés que peut avoir avec la justice l'infortuné doc-
teur.

Comment se produit la mort ? Elle est due évidemment
à un phénomène réflexe, à l'inhibition. La physiologie
est la même que les morts subites, provoquées par des
coups même très légers, au creux épigastrique, au de-
vant du larynx, au testicule. L'autopsie est muette comme
lésion.

M. Brouardel rapporte une observation de ce genre.

Une femme entre à l'hôpital, l'interne la touche.

Elle pousse un cri et meurt.

Dernièrement M. Perrin de la Touche, professeur à
l'Ecole de Rennes, communiquait à la Société de méde-
cine légale un cas semblable.

Une femme veuve, mère de cinq enfants, désire se
faire avorter. Elle va trouver une commère ayant la spé-
cialité de débarrasser celles qui le désirent (de la gar-
çaille). La femme introduit elle-même dans le vagin la
sonde, destinée à l'injection, qu'elle vient de recevoir de
l'avorteuse. La moitié du liquide était à peine passée que
la femme meurt subitement en syncope.

Ces morts doivent être connues des médecins légistes,
elles ont une grande importance dans la médecine légale
de l'avortement, mais bien rarement elles peuvent avoir
des rapports avec l'empoisonnement.

Grossesse extra-utérine. — La mort subite dans la
grossesse extra-utérine est assez fréquente. Elle fait pen-
ser souvent à des tentatives d'avortement ou à un empoi-
sonnement occasionné par ces tentatives mêmes.

Une femme est enceinte, on le sait dans le quartier, on la connaît. Pour une raison quelconque, on sait aussi qu'elle ne tient pas à être mère et que même elle paierait cher celui ou celle qui la débarrasserait de cette position fâcheuse. Or, voilà que subitement, alors que personne ne s'y attend, elle est prise d'une douleur très vive dans l'abdomen, avec irradiations multiples. La face est pâle, grippée, les yeux sont excavés, le pouls est fréquent, la moindre palpation du ventre provoque d'intolérables souffrances. Bientôt les extrémités se refroidissent, le pouls filiforme devient incomptable. La femme perd connaissance, elle a des tendances à la syncope, et au milieu du hoquet, des nausées, des vomissements, la mort arrive, le tout ayant duré quelques heures.

Si par malheur, le jour même ou peu auparavant, la patiente a été voir un médecin, une sage-femme, une matrone, on ne se gênera pas pour dire qu'elle a été demander à être débarrassée de son produit de conception; on insinuera que des drogues lui ont été données, qu'elle en a abusé, qu'elle a dépassé le but à atteindre, finalement qu'elle s'est empoisonnée.

La justice certainement interviendra et demandera l'autopsie.

Une actrice anglaise, fort connue, descend dans un des plus grands hôtels de Paris et va avec deux jeunes gens se promener au Bois de Boulogne. Là, dans un café, elle prend une boisson glacée, se promène un instant et se sent très malade. Ses souffrances devenant de plus en plus vives, on la porte à l'hôtel le plus proche et l'on fait venir sa femme de chambre pour la soigner. Elle meurt

en très peu de temps. Le Parquet s'émeut, ordonne une autopsie; on découvre une rupture de la trompe due à une grossesse tubaire (Brouardel. *Mort subite*).

M. Descoust, à la Morgue, a fait plusieurs autopsies de grossesses extra-utérines rompues et dont les phénomènes particuliers avaient donné lieu à des soupçons d'empoisonnement.

On connaît bien aujourd'hui la disposition du kyste fœtal. L'enveloppe d'origine maternelle qui remplace la caduque, prend le nom de paroi du kyste. Cette paroi est formée tantôt par la trompe, tantôt par les éléments du ligament large, ou bien par une portion de l'ovaire ou encore par le péritoine et les fausses membranes.

L'épaisseur de parois est très variable. Le liquide amniotique est plus ou moins abondant suivant que le fœtus est vivant ou mort; dans ce dernier cas, il peut être résorbé, présenter une odeur fétide et une consistance très épaisse.

M. Pinard a insisté sur certaines particularités du kyste. Il peut, dit-il, être entouré par des anses intestinales, passant en avant de lui et tellement adhérentes qu'on ne peut les décoller, ou encore présenter deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire. Ces loges peuvent se rompre séparément.

Le siège de la grossesse extra-utérine est variable. Le kyste peut être tubaire. L'œuf dans ce cas se développe, soit dans la portion interne de la trompe, soit dans la partie moyenne, soit dans la partie externe. La grossesse peut être aussi ovarique. Elle peut être enfin abdominale et dans ce cas primitive ou secondaire.

La mort subite est produite par la rupture du kyste. Il peut s'ouvrir au niveau de la paroi abdominale, dans l'intestin, dans le vagin, dans l'utérus, dans la vessie, dans le péritoine, dans plusieurs organes à la fois.

Souvent la femme succombe avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. D'autres fois elle présente tous les accidents de la péritonite suraiguë, surtout la rupture survenant dans un kyste avec fœtus mort et putréfié.

Hématocèle péri-utérine. — C'est une tumeur siégeant dans l'excavation pelvienne autour de l'utérus, soit dans le péritoine, soit en dehors. Elle produit parfois des morts subites intéressant la médecine légale.

Maladie de la période génitale de la femme, présentant son maximum de fréquence de vingt à trente-cinq ans, elle peut éclater brusquement et faire soupçonner un crime.

Son début, comme l'a dit Bernutz, est vraiment dramatique. Tout à coup une douleur vive, subite, éclate dans l'abdomen, s'irradiant au rectum, à la vessie, aux reins. Les signes d'une hémorrhagie interne sont d'emblée portés à leur maximum.

Il y a de la décoloration des téguments, de la petitesse du pouls, de l'abaissement de la température, des syncopes. Finalement, la mort survient pendant l'une d'elles.

Dans ces cas redoutables, la terminaison fatale est amenée par l'abondance de l'hémorrhagie, on se trouve en présence de l'hémorrhagie cataclysmique de Barnes.

Nous n'étudierons pas les causes de l'hématocèle, elles n'ont pas de rapports avec la médecine légale. Nous ne chercherons pas, si c'est une pachy-péritonite hémorrha-

gique (Wirchow, Faber, Friedriech, Besnier) ; si elle est due à la congestion exagérée de l'ovaire (Gallard) ; si elle n'est qu'un varicocèle ovarien (Richet), ou encore l'exsudation sanguine physiologique au moment des règles, exagérée dans la trompe (Puech, Trousseau), nous dirons seulement qu'aujourd'hui on admet qu'elle est produite par deux affections seulement : ou une salpingite hémorragique ancienne ou une grossesse extra-utérine rompue.

La nécropsie fait découvrir en arrière de l'utérus, repoussée derrière la symphyse une collection sanguine, parfois aussi considérable que l'organe de gestation à six ou huit mois de grossesse.

Quand l'hémorrhagie a été foudroyante et c'est de ces cas seulement que nous nous occupons, on trouve d'énormes caillots remplissant la cavité pelvienne et une partie de l'abdomen sans lésion du péritoine.

Dans le cours de sa carrière médico-légale, Tardieu a rencontré deux exemples d'épanchement de sang dans le petit bassin. Les deux femmes atteintes de cette affection succombèrent si rapidement, que chez toutes deux, des soupçons d'empoisonnement suscitèrent des poursuites judiciaires. Tardieu prétend que la maladie existait en dehors de toute conception et qu'il n'y avait eu aucune tentative d'avortement. L'une des femmes s'était mariée récemment, la seconde était une fille publique. Les conclusions de Tardieu furent que l'hémorrhagie avait été produite par abus d'actes vénériens.

CHAPITRE VI

MORT SUBITE OU SUSPECTE DANS CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES.

Choléra. — Une maladie infectieuse, contagieuse, simulant à s'y méprendre une intoxication : c'est le choléra.

Rien en effet ne ressemble plus à un empoisonnement par l'arsenic que cette affection. Dans les cas brusques, foudroyants, qui parfois enlèvent l'individu en moins de 12 heures, on peut soupçonner un crime. Très souvent, quand une épidémie cholérique a fait son apparition, les premiers décès ont été attribués à la malveillance. D'ailleurs, s'il faut en croire Tardieu, bien des fois les assassins pour se débarrasser de leurs victimes sans éveiller de soupçons ont profité de l'invasion du choléra. Quels sont en effet les symptômes du choléra ?

Après une diarrhée plus ou moins prémonitoire et qui souvent n'existe pas, éclate la période algide. Alors les déjections sont extrêmement fréquentes, les selles sont abondantes, constituées par un liquide aqueux, incolore, dans lequel naient des flocons blanchâtres, comparés à

des grains de riz et formés de détritns épithéliaux. Il y a des crampes, des vomissements aqueux. La soif est ardente, le ventre se creuse, les yeux s'excavent, le nez s'effile, les urines se suppriment, les extrémités bleuissent et se refroidissent, la voix s'éteint, la respiration s'embarrasse, la somnolence et la stupeur conduisent rapidement au collapsus.

Or, dans l'empoisonnement par l'arsenic, n'y a-t-il pas des vomissements répétés, constitués par des matières blanchâtres, une évacuation abondante de matières alvines, des douleurs abdominales extrêmement vives, des crampes dans les mollets, de l'anurie, de l'aphonie ? Là encore la face et les extrémités sont glacées, le poulx est petit, fréquent, la dyspnée est angoissante, la cyanose est portée à son maximum et la mort survient dans le délire, les convulsions ou le coma.

Dans l'empoisonnement arsenical à l'autopsie, on trouvera une inflammation des glandes gastro-intestinales, une dégénérescence graisseuse du foie, du cœur, des parois vasculaires, mais surtout l'analyse chimique fera découvrir le toxique.

Dans le choléra la muqueuse intestinale est pâle, décolorée, ou offre, au contraire, une teinte hortensia. De nombreuses arborisations vasculaires se dessinent sous elle. La surface libre de l'intestin est hérissée de saillies transparentes, du volume d'un grain de millet et laissant sourdre à la piqûre un liquide incolore. L'épithélium détaché nage dans le liquide de l'intestin. La rate est petite, atrophiée, exsangue. Il en est de même de tous les tissus du foie, des reins. Le sang, très peu abondant, est vis-

queux et brunâtre. La rigidité du cadavre est très prononcée et sa teinte cyanique est aussi accusée qu'au moment de la mort.

Tardieu cite une attaque de choléra, prise pour un empoisonnement arsenical. Une jeune fille de 14 ans, au mois de mars 1849, est prise le matin à 9 heures de vomissements, de douleurs épigastriques, de refroidissement, d'anurie, elle meurt en six heures. Cette personne exerçant la profession de coloriste, on crut à un suicide par le vert de Schweinfurt. L'autopsie fut faite. La muqueuse de l'intestin grêle était couverte d'un nombre considérable de follicules isolés ou agminés. La conclusion fut que la mort semblait dûe à une attaque de choléra. L'analyse chimique des viscères confirma le diagnostic, elle ne révéla pas la moindre trace de poison.

Fièvre typhoïde. — Une mort très imprévue et souvent fort suspecte, c'est celle qui survient dans le cours de la dothiéntérie. Bien entendu nous n'avons pas en vue les complications redoutables, qui enlèvent à l'instant ou en quelques heures le malade, pendant une fièvre typhoïde normale, reconnue. Les décès, produits dans ces circonstances, n'ont rien à voir avec la médecine légale. Nous voulons parler des morts subites dans les fièvres typhoïdes frustes.

Certaines dothiéntéries, décrites par les auteurs sous le nom de typhus ambulatorius, passent souvent inaperçues au médecin et même à l'entourage du malade. L'affection est absolument latente. L'individu atteint est si peu souffrant, qu'il se lève, marche, travaille, vaque à ses

affaires se plaignant seulement d'un peu de céphalalgie et de légère diarrhée. Malgré cette indisposition en apparence si bénigne, il n'en est pas moins exposé à toutes les éventualités de la fièvre typhoïde.

Fait singulier, c'est dans cette forme en apparence si anodine, du typhus abdominal, que surviennent le plus souvent les perforations, les hémorrhagies intestinales, les syncopes. Peut-être, est-ce parce que le typhique ne prend aucune précaution hygiénique, qu'il mange comme tout le monde souvent les aliments les plus indigestes, et qu'il favorise ainsi les accidents du tube digestif.

Quoiqu'il en soit, au milieu d'une santé relativement bonne, le sujet est pris d'une douleur abdominale très vive, avec du hoquet, des vomissements, du météorisme, un pouls misérable, une face grippée, et il meurt en quelques heures, on a alors affaire à une perforation de l'intestin et à une péritonite consécutive. A l'autopsie, on trouve que la perforation siège dans la dernière partie de l'iléon et qu'elle présente les dimensions d'une tête d'épingle à celles d'une lentille.

Un homme de 25 ans se présente à pied à l'hôpital la Charité, au dix-huitième jour d'une maladie caractérisée par les symptômes les plus légers, au vingt-cinquième jour il est pris d'une perforation, qui l'emporte en 24 heures. Le malade dans les cinq jours qu'il séjourna à la Charité se promenait constamment dans le jardin (Obs. de Louis Brouardel et Thoinot, fièvre typhoïde).

D'autres fois l'individu au milieu de ses travaux, au cours d'une promenade, pâlit subitement, il accuse une extrême faiblesse, il va un certain nombre de fois à la garde-robe

en rendant un liquide noirâtre, fétide, analogue à de la suie délayée dans l'eau, à du goudron. Il meurt plus ou moins rapidement dans une syncope, on a affaire à une hémorrhagie intestinale.

Ces morts rapides, avec phénomènes si extraordinaires, survenant chez un sujet peu ou point malade, éveillent toujours l'attention du Parquet. L'autopsie est donc ordonnée. L'on trouvera toujours, outre la perforation intestinale, la péritonite mortelle, le sang plus ou moins abondant dans l'intestin, les signes anatomo-pathologiques de la fièvre typhoïde l'ulcération des plaques de Peyer, la tuméfaction et l'altération des ganglions du mésentère, la rate volumineuse, ramollie, friable, la congestion des poumons.

Une observation de typhus ambulatorius, pris pour un empoisonnement, est rapportée par Cadet de Gassicourt dans ses leçons sur *Les maladies des enfants*.

Une dame française voyage en Italie avec son mari. Elle arrive à Gènes un peu fatiguée. Elle prend une chambre à l'hôtel et s'étend sur son lit pour se reposer.

Deux heures environ après que la dame était montée chez elle, on entend dans la chambre un violent carillon. Le mari descend l'escalier en criant : vite un médecin, ma femme se meurt.

Celui de l'établissement arrive et après un examen rapide dit au mari : Monsieur, vous me faites prévenir bien tard, Madame est morte depuis deux heures, voulez-vous bien me raconter ce qui s'est passé depuis votre arrivée ici avec Madame.

Rien de plus simple, ma femme fatiguée se coucha, moi, pendant ce temps j'écrivais quelques lettres, une heure se passe, je m'approchais d'elle. La voyant immobile, je la crus endormie. Je me remis donc à ma correspondance après une seconde heure, je me levai de nouveau. Est-ce que tu dors ? lui dis-je à voix basse. Pas de réponse. Je touchais sa main, elle était froide, son front était glacé.

Le médecin commence un minutieux examen du cadavre. Il constate que la main gauche de la morte est crispée sur la poitrine, que l'alliance détachée du doigt a roulé près du corps, que la bouche est déviée et la face grimaçante. Il ouvre la bouche, trouve entre la gencive gauche et la joue un petit paquet de poudre blanche, détache cette poudre et la met dans un papier.

Ceci fait, il va prévenir la police. Le mari accusé d'avoir empoisonné sa femme est arrêté. L'autopsie démontra que la dame était atteinte d'une fièvre typhoïde et qu'elle avait dû sans doute mourir d'une syncope. Quant à la poudre blanche, c'était du sous-nitrate de bismuth, qu'elle prenait depuis quelques jours, car elle était atteinte d'un peu de diarrhée. Le mari, très innocent de cette mort, fut aussitôt relâché.

CHAPITRE VII

MORT SUBITE ET SUSPECTE DANS LES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES.

Nous arrivons à des morts que tout médecin est exposé à rencontrer dans le cours de sa carrière, morts qui peuvent être pour lui la source de bien des ennuis. Il s'agit de morts dues à des interventions thérapeutiques et que dans l'opinion publique on ne craint pas d'imputer immédiatement au médecin. L'expert doit bien les connaître et souvent dans un rapport il pourra dégager la responsabilité d'un confrère indûment mise en cause.

Mort par le chloroforme. — Un sujet soumis à l'anesthésie chloroformique peut mourir subitement. Les faits de ce genre sont loin d'être rares. Il sont si connus aujourd'hui, que beaucoup d'entre eux ne sont même plus publiés, car une observation très curieuse, quand elle est peu fréquente, devient banale, quand elle est commune.

Quelle est dans ces circonstances la responsabilité du chirurgien ? L'opérateur est-il réellement coupable du décès et la famille de la victime ou le ministère public

peuvent-ils intervenir, poursuivre, demander un châti-
ment, des dommages-intérêts ? Oui quand il y a faute,
quand le chirurgien a endormi le malade malgré des con-
tre-indications formelles.

Ces contre-indications sont peu nombreuses. Les mala-
dies du cœur dont on se défiait tant autrefois n'ont guère
d'influence sur le résultat de l'anesthésie. Pour M. Tillaux
ce sont seulement une asphyxie imminente, comme dans
des cas de goître ou une faiblesse extrême, telle que la
mort paraît prochaine. Mais il est un point important. Le
chirurgien doit toujours vérifier la pureté du chloroforme.
En effet, la plupart des accidents survenant pendant le
sommeil anesthésique tiennent beaucoup moins à l'état
organique du sujet qu'à la pureté et au mode d'adminis-
tration du chloroforme.

Pendant tout le temps de la chloroformisation, le chi-
rurgien doit surveiller attentivement le cœur et la respi-
ration du malade. Il doit prendre souvent le pouls. Il doit
regarder et écouter le patient respirer. Il devra toujours
avoir des pinces à sa disposition, soit pour faire en cas
de danger les tractions rythmées de la langue, soit pour
empêcher cet organe de tomber en arrière et d'obstruer
ainsi le larynx.

Le chirurgien aura soin de ne pas donner le chloroforme
pour des opérations insignifiantes : car souvent c'est dans
ces cas là que survient la mort.

Un soldat de 25 ans désire être débarrassé d'un kyste,
situé dans l'épaisseur de la joue. On lui fait inhaler qua-
tre grammes de chloroforme. Il devient insensible. A
peine l'incision était-elle achevée que le cœur cessa de

battre et que la respiration se suspendit. Le malade était mort (*Dictionnaire Dechambre*).

Il devra redoubler d'attention au cours de certaines manœuvres, où la mort par le chloroforme a été souvent observée. C'est surtout dans la réduction des grandes luxations qu'on a eu des accidents à déplorer.

Un homme est atteint d'une luxation scapulo-humérale.

Plusieurs chirurgiens et des plus illustres sont près de lui, on l'endort au chloroforme. Au moment même, où la tête de l'humérus rentrait dans la cavité glénoïde le malade succombe (Obs. pers. de M. Descoust).

La mort par le chloroforme survient dans deux conditions ; par asphyxie et par syncope. Pour M. Tillaux, l'asphyxie serait de beaucoup plus fréquente. La syncope est due à deux causes. Au début elle est produite par l'action du chloroforme sur les premières voies respiratoires. Plus tard par l'excitation que les vapeurs de ce corps exercent sur le bulbe.

En somme, le chirurgien est à couvert, quand il a pris toutes les précautions exigées : car malgré tout la mort peut survenir quand même.

En effet, l'émotion chez certains individus qu'on va opérer suffit pour les tuer, alors même qu'ils n'ont pas été soumis encore aux vapeurs chloroformiques. Par conséquent, il ne peut pas avoir eu là imprudence de la part du chirurgien. Citons quelques exemples.

Un malade meurt subitement au moment où Desault indique à ses élèves la place où il fera porter l'incision du bistouri.

Cazeneuve veut amputer un blessé, il lui met sur le nez

une compresse, sur laquelle on n'avait pas encore versé le chloroforme. Le blessé meurt à l'instant.

Verneuil, au moment où il écarte les lèvres d'une incision faite pour ouvrir un abcès du cou et sans chloroforme, voit son malade pâlir, tomber en syncope et mourir (Jamain et Terrier, *Petite chirurgie*).

De telles observations sont importantes, on conçoit que l'expert doit mûrement réfléchir avant de venir affirmer la responsabilité du chirurgien, auquel un malheur par le chloroforme est arrivé.

Anesthésie locale. — Pendant une injection de morphine, de cocaïne, de strychnine, etc., un sujet peut mourir subitement. Voici un malade. Il souffre horriblement d'une migraine, il a pris de l'antipyrine, tous les médicaments possibles, rien n'y a fait. Il court chez un médecin. Ce dernier l'examine, lui propose de calmer sa douleur à l'instant. Le malade joyeux accepte. Le médecin prépare sa seringue et fait au client une injection de morphine à dose thérapeutique, un centigramme par exemple, à peine le liquide est-il introduit dans le tissu cellulaire que le sujet pâlit, pousse un cri et meurt. On comprend la situation de l'opérateur. D'abord, il croit s'être trompé, avoir injecté une dose trop forte, peut-être même avoir fait erreur de médicament. Mais non, son flacon est bien de la morphine et la dose administrée très normale. Le voilà donc en démêlé avec la police. Une enquête va avoir lieu, et malgré par elle l'innocence du médecin démontrée, il restera toujours quelques soupçons dans le public. Aussi faute de clients, le malheureux devra-t-il plus tard quitter le pays.

Une dame âgée se présente chez un docteur, se plaignant énormément d'une névralgie cervico-brachiale. On lui fait une injection d'un centigramme de morphine. A peine l'opération achevée, la dame tombe sans connaissance. Il fallut plus de trois heures pour la ranimer (Obs. pers. de M. Descoust).

Comment provient la mort? Parfois par émotion.

Il est possible aussi que le liquide ait passé dans une veine de quelque volume. « N'est-il pas vraisemblable aussi qu'un agent quelconque assez puissant pour produire une insensibilité complète d'une partie du corps, devra déterminer de temps en temps des accidents généraux plus ou moins graves sur certains organismes prédisposés » (Tillaux, Clinique chirurgicale).

Le moyen d'éviter pour le médecin des ennuis quand un accident pareil se produit? Il est simple. Sous aucun prétexte le médecin ne doit faire d'injections sous-cutanées dans son cabinet. Il doit aller opérer chez le client et en présence de plusieurs personnes. De plus, le médecin ne doit jamais apporter lui-même la substance active, il doit la formuler chez le malade et l'envoyer prendre de là dans une pharmacie. Si un malheur arrive dans ces circonstances, le médecin est complètement couvert. Le pharmacien peut, il est vrai, être accusé de ne pas avoir exécuté convenablement l'ordonnance. Affaire à lui de s'arranger avec la justice.

Séro-thérapie. — La séro-thérapie et en particulier le sérum anti-diphtérique ont été accusés de produire la mort. Qu'il y a-t-il de vrai dans ses assertions?

Constatons d'abord que la mortalité par la diphtérie qui

était autrefois d'environ 55 pour 100 est tombée depuis la découverte de M. Roux à environ 10 pour 100. Donc 45 pour 100 de diphtériques, qui seraient morts autrefois, ont aujourd'hui guéri. Or, la diphtérie, après guérison même, est suivie souvent de nombreux accidents, complications survenant surtout dans les formes graves. Eh bien, si le nombre des accidents, qui suivent l'angine ou le croup, est plus considérable qu'il y a quelques années, n'est-ce pas parce que le nombre d'enfants sauvés de ces maladies est beaucoup plus grand qu'autrefois. Bien des accidents, dits du sérum, ne sont que des accidents diphtériques. D'ailleurs le fait a été signalé par des médecins d'enfants, beaucoup de complications, attribuées au sérum, ressemblent à une infection streptococcique. Or, le streptocoque et le bacille de Löffler sont souvent associés.

Les adversaires de la séro-thérapie signalent des cas de mort par anurie à la suite d'injections du liquide de M. Roux. Répondant à cette objection, M. Sevestre, dans une clinique, faite par lui aux Enfants-Malades, lisait des observations d'anurie dans le cours de la diphtérie, publiées en 1891, avant le sérum par conséquent. Donc, cette complication grave, qui existait en 1891, ne peut pas être attribuée à la méthode de M. Roux.

Les ennemis du sérum insistent. Ils citent le cas mortel survenu dans la famille du Dr Langerhans à la suite d'une injection préventive d'antitoxine de Behring. Dernièrement le *Journal de clinique et de thérapeutique infantile* publiait deux observations d'accidents graves dus au sérum.

Plusieurs membres d'une même famille étaient atteints de diphtérie, on fait une injection préventive de sérum de Behring à un enfant de cinq ans, jusque-là en parfaite santé. Cinq minutes après l'enfant était mort (Obs. du Dr Halderman de Portsmouth).

Le Dr Gratiot de Phulsbourg soigne par l'anti-toxine un homme et une femme, atteints de diphtérie, on leur fait des injections, ils guérissent.

La femme, qui les soigne, se plaint de souffrir légèrement de la gorge. A l'examen on ne découvre rien et il n'y a rien d'anormal du côté du pouls et de la température.

L'opération est faite avec toutes les précautions. Quelques instants après la malade se plaint de sentir des malaises. Le pouls est à 100. La face est pâle, les pieds et les mains sont froids, la respiration est rapide, les pupilles dilatées, le corps couvert de sueurs.

On administra à la malade des stimulants et elle se rétablit.

Pourquoi le sérum ne produirait-il pas, rarement il est vrai, des accidents, alors que nous avons vu que toutes les injections thérapeutiques pouvaient en occasionner ? D'ailleurs les accidents mortels ont surtout été signalés dans les cas d'injections préventives. On peut éviter ces accidents en suivant le conseil donné par M. Sevestre dans une récente clinique. Ne jamais faire d'injection préventive dans l'entourage d'un diphtérique, mais prendre attentivement et plusieurs fois par jour le pouls et la température des personnes en rapport avec le malade, au moindre signe suspect faire l'injection.

Nous avons rapidement passé en revue les morts subites provoquées par des maladies, prenant parfois le masque de l'empoisonnement. Nous n'avions en vue que celles là et nous avons dû laisser de côté bien des affections produisant la mort subite. Le type même clinique et le plus fréquent de cette mort n'est-il pas causé par certaines affections du cœur, par l'angine de poitrine, ou presque instantanément le sujet passe de vie à trépas? Il n'existe pas beaucoup de poisons aussi foudroyants. Le seul connu est l'acide cyanhydrique. Chacun sait qu'une seule goutte d'acide prussique portée sur la conjonctive d'un chien peut tuer cet animal en quelques secondes. M. Soulier a dit que ce toxique était un poison de mélodrame. Chez l'homme la mort peut arriver en quelques secondes, un quart d'heure, une heure selon la dose absorbée.

Le 6 septembre 1843 un commissaire de police se présentait pour faire une perquisition chez un individu. Celui-ci porte vivement à ses lèvres une petite fiole qu'il avait à la main. Le commissaire lui saisit le bras. C'est inutile, répond l'inculpé, je suis mort. Moins d'une minute après il s'affaissa sur lui-même et cessa de vivre. Il avait avalé, de l'acide cyanhydrique (Briand et Chaudé. *Médecine légale*).

Nous n'avons pas trouvé de mort par affection du cœur attribuée à l'acide prussique.

Il existe donc un certain nombre de morts subites dont nous ne parlerons pas.

Nous passerons sous silence la mort par embolie pulmonaire due à une phlébite variqueuse, puerpérale, infectieuse ou à un caillot du cœur. Le décès est subit. Qu'est-

ce que j'ai, crie le malade, j'étouffe, je meurs. La mort ne peut guère être prise dans ces conditions pour un empoisonnement.

La mort subite, surtout dans l'alcoolisme, survient souvent dans le cours de maladies aiguës, pneumonie, pleurésie, ou chroniques, cirrhose du foie, affections cancéreuses ou tuberculeuses. Nous le savions déjà.

Nous n'insisterons même pas sur la mort subite due à des corps étrangers dans les voies respiratoires ou digestives. M. Brouardel cite cependant un cas ayant fait soupçonner une intoxication.

C'était pendant la guerre franco-allemande. Des soldats allemands entrent dans une ferme et de par le droit du plus fort se font servir un copieux repas. Tout à coup l'un d'eux crie, est secoué par quelques convulsions et meurt.

Tous les habitants de la ferme furent arrêtés. Les majors allemands firent l'autopsie du cadavre et trouvèrent un volumineux morceau de lard arrêté dans le pharynx.

CHAPITRE VIII

EN FACE D'UN CADAVRE LE MÉDECIN NE PEUT DÉTERMINER LA CAUSE DE LA MORT. L'AUTOPSIE EST ABSOLUMENT INDISPENSABLE ET DANS CERTAINS CAS MÊME, MALGRÉ L'OUVERTURE DU CORPS, L'EXPERT NE PEUT AFFIRMER LA CAUSE DU DÉCÈS.

La mort subite est pour le médecin qui n'a pas des notions suffisantes de la médecine légale une cause fréquente de tracas, d'ennuis, de déboires. Voilà un homme trouvé mort sur la voie publique, on va immédiatement chercher un médecin. Trop souvent ce dernier, au lieu de constater la mort et rien que la mort, veut formuler un diagnostic et dire de quoi l'individu a succombé. C'est là une grave faute. Que pour une raison ou pour une autre on vienne à faire l'autopsie, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent le médecin aura commis une erreur et la cause de la mort sera autre que celle qu'il a indiquée.

Qu'on vienne par hasard mettre dans un sac des boules d'une même couleur, et que l'on demande à une personne si les boules enfermées sont rouges, noires, jaunes.

ou vertes. Comment voulez-vous qu'elle réponde ? Au hasard. Elle a peu de chances de tomber juste. Tel est le cas du médecin, qui en face d'un cadavre diagnostique l'affection qui a tué le patient.

Souvent des médecins font le raisonnement suivant :

Mort subite, rupture d'anévrysmes, mort en un quart d'heure, une demi heure, congestion cérébrale, mort en quelques heures congestion pulmonaire. C'est là un fait contre lequel on doit protester, il peut être cause d'erreurs médico-légales. La rupture d'anévrysme que de fois ne la voit-on pas dans les journaux aux faits divers ? Elle est excessivement rare et sur le nombre énorme d'individus qu'on apporte à la Morgue, on la rencontre environ deux fois sur mille morts subites.

Les erreurs commises par des médecins voulant déterminer à première vue, sans autopsie, la cause de la mort, fourmillent. M. Vibert dans ses cours cite le cas suivant :

Un individu descend d'un compartiment de 1^{re} classe, sans billet, à la gare Saint-Lazare. Il déclare avoir perdu son portefeuille et demande à être accompagné chez lui par un employé, à qui il remettra le prix du voyage. On accepte. Le lendemain dans une rue peu fréquentée, on trouve l'employé mort. Le médecin chargé de faire la constatation du décès déclare que la mort est dûe à une congestion pulmonaire suite d'ivresse. Ce diagnostic n'est pas accepté par les chefs et amis du défunt, car la sobriété de l'employé était exemplaire. Des bruits circulent. On suspend l'inhumation, on envoie le corps à la Morgue. Là que trouve-t-on ? Une balle de revolver dans le cer-

veau du cadavre. L'assassin arrêté plus tard avoua son crime.

Dernièrement un individu meurt sur la voie publique, le médecin indique comme cause du décès l'hémorrhagie cérébrale. M. Descoust fait l'autopsie. Le cerveau ne présente absolument aucune lésion, mais en revanche l'homme était atteint d'un cancer bourgeonnant de l'estomac et d'un foie cancéreux pesant plus de trois kilos.

Ces exemples ne sont pas des cas rares, loin de là.

Le médecin en face d'une mort subite ne doit donc jamais déclarer la cause de la mort. Il ne le peut pas et ce n'est pas ce que la justice lui demande. Ce que la police veut savoir c'est : 1° Si le sujet est réellement mort ; 2° s'il porte des traces de violence pouvant faire soupçonner un crime. Voilà tout. Si l'on désire aller plus loin, si l'on veut connaître la cause du décès, l'autopsie et l'autopsie seule pourra la déterminer.

Nous avons étudié les affections du tube digestif, les maladies du rein, celles des centres nerveux ou des organes génitaux de la femme pouvant produire des morts subites suspectes. Nous avons vu que l'autopsie et l'autopsie seule, par les lésions découvertes dans les viscères, pouvait indiquer la cause de la mort. Dans les cas, où nous nous sommes trouvé, quand les lésions cadavériques sautent aux yeux, le diagnostic de la maladie ayant provoqué le décès est facile. Toutefois l'expert doit se livrer à un examen minutieux de tous les organes, il doit noter scrupuleusement tout ce qu'il rencontre

dans chaque viscère, alors même que cela n'aurait aucun rapport avec l'objet de ses recherches.

Quand même, il aurait découvert immédiatement à l'ouverture du corps une lésion capable de compromettre la vie, il ne doit pas conclure que l'affection qu'il a sous les yeux a provoqué le décès, il doit continuer l'autopsie. Agir autrement, serait s'égarer, suivre une fausse piste et aboutir à des conclusions inexactes.

Voici par suite de l'impéritie d'un médecin une erreur médico-légale. En 1829, dans le Bas-Rhin, un homme est trouvé mourant sur la route pendant un hiver très rigoureux, un médecin fait l'autopsie, trouve des poumons très engorgés, juge que cette lésion est suffisante pour amener la mort, néglige l'examen des autres organes et conclut à une congestion pulmonaire suite du froid. Or, il y avait eu une rixe, l'individu avait été frappé, la justice l'apprit et de nouveau informa. Une exhumation eut lieu et l'on trouva à un nouvel examen une fracture du crâne (*Diction. Dechambre*).

Autre exemple beaucoup plus récent, il était raconté dernièrement à la Morgue par M. Vibert. Un homme prend un potage dans lequel on avait mis du vitriol. Les premières gorgées du liquide brûlant horriblement notre individu, il pousse des cris et rejette sa soupe. La victime traîne pendant quelques jours et meurt. A l'autopsie le médecin légiste ne découvre aucune lésion de l'estomac, mais il constate une pneumonie et conclut qu'il n'y a pas eu empoisonnement et que la mort est due à une maladie, or, tous les témoins étaient contre les affirmations de l'expert. Une nouvelle enquête est ordonnée, M. Vibert

est chargé de l'affaire. Il démontre que sans lésion de l'estomac il peut avoir mort par l'acide sulfurique. Le décédé n'ayant avalé que quelques gorgées du caustique, la partie supérieure du tube digestif et des voies respiratoires a dû être seule brûlée. De ces lésions a pu naître une pneumonie par le même mécanisme que ces pneumonies, qui surviennent dans le cancer de la langue et qui ont été si bien étudiées par les Allemands sous le nom de pneumonies de déglutition, or, le premier expert n'avait examiné ni le pharynx, ni le larynx de l'autopsié.

La mort par asphyxie (pendaison, submersion), produit une congestion énorme des intestins. Plusieurs fois, faute d'examen suffisant, des médecins ont pris à l'autopsie cette rougeur vineuse du viscère pour un empoisonnement, aussi, ils ont conclu que l'individu avait été pendu après la mort.

C'est donc après avoir fait une autopsie sans parti pris, sans avoir l'idée de trouver telle ou telle lésion, après avoir soigneusement examiné tous les organes les uns après les autres, que le médecin pourra remettre au juge d'instruction des conclusions précises.

En somme, quand l'expert trouve des lésions, auxquelles la mort peut ne pas être attribuée, il suffit de les interpréter sainement et l'autopsie est facile.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi toujours, bien des fois il est impossible d'affirmer que la mort est produite par telle ou telle maladie. L'autopsie ne donnera aucun résultat probant. Voici un homme, dont à l'ouverture du corps, on découvre une insuffisance aortique, un petit rein rouge, une artério-sclérose généralisée. De quoi

est-il mort ? Sans doute, il a pu succomber de son affection du cœur, ou des reins ou des vaisseaux, mais des individus aussi malades qu'il l'était, vivent et vivront encore longtemps ?

Une autre cause n'est-elle pas intervenue pour brusquer la mort ? Voilà ce que doit se demander le médecin légiste et souvent la réponse à ces questions est loin d'être facile.

D'autres fois les lésions sont encore plus banales. On trouvera de la congestion pulmonaire, de la congestion cérébrale. Mais cet état pathologique existe dans un grand nombre de maladies et on le rencontre dans les empoisonnements. Quelle cause l'a provoqué ? Quelques fois les renseignements sur les circonstances dans lesquelles la mort s'est produite, sur les phénomènes qui l'ont précédée, pourront aider beaucoup les constatations médico-légales. D'autres fois on restera dans l'incertitude, mieux vaut alors le déclarer nettement au Parquet.

Dans certaines conditions, l'opinion publique ne sera pas contente des conclusions du médecin expert. Le rapport que l'on trouverait naturel, s'il s'agissait de l'autopsie d'un homme vulgaire, on ne l'acceptera plus pour un personnage princier, ou une haute notabilité politique, et pourtant on découvre parfois à l'ouverture du cadavre, des lésions banales, des lésions qu'on ne peut cataloguer.

Lorsque le comte de Chambord tomba malade, il fit appeler à Frohsdorf un certain nombre de hautes notabilités médicales parmi lesquelles Vulpian. Les médecins diagnostiquèrent tous un cancer de l'estomac. Après des

alternatives diverses, l'état du malade empira, le comte de Chambord mourut, à l'autopsie nulle trace de cancer. On constata seulement que l'œsophage portait quelques ulcérations peu profondes.

Vulpian, avec la plus grande loyauté, déclara que non seulement il s'était trompé en affirmant un cancer, mais que même, en présence de ces ulcérations, il lui était impossible de déterminer la cause de la mort. Des bruits d'empoisonnement ont circulé en ce moment-là. Ils ont repris plus tard avec persistance. L'autopsie n'est ni pour ni contre cette hypothèse.

Autre observation : M. Brouardel a fait l'autopsie d'une fille publique, qui s'était suicidée en avalant 700 grammes d'absinthe. Dans les viscères, il fut impossible de constater l'odeur de l'alcool ou de l'absinthe. L'estomac était vide, il n'était pas rétracté. La muqueuse était normale. Le cadavre ne portait aucune lésion capable d'indiquer la cause de la mort.

A plus forte raison, lorsqu'après quelques semaines ou quelques mois un corps est exhumé, il est bien difficile, à cause de la putréfaction, de déterminer la nature du décès. Dans les cas obscurs, dans les cas où il peut avoir des doutes sur un empoisonnement possible, le médecin légiste doit constamment conclure à la nécessité de rechercher le poison par l'analyse chimique.

Mais dans ces cas là seulement, car quand il y a des lésions organiques, causes évidentes de la mort, « l'expert ne doit pas hésiter à les signaler avec toutes leurs significations et à moins de suspicions particulières, à éloigner comme dénuées de fondements tout soupçon

d'empoisonnement. La réserve et le doute seraient complètement déplacés et auraient le double inconvénient de prolonger la durée de l'inculpation qui pèserait sur un innocent et même de compromettre ou d'égarer la justice » (*Dict. Jaccoud*).

Quand on soupçonne l'empoisonnement, il faut donc soumettre à l'analyse chimique les viscères du défunt.

L'expert s'efforcera de découvrir le poison, et autant que cela est possible de le mettre sous les yeux du jury. Cela, il le peut pour beaucoup de toxiques minéraux, pour l'arsenic, le phosphore.

Mais si la mort est due à une intoxication par un alcaloïde, le médecin légiste se trouve en présence d'insurmontables difficultés, comment peut-il extraire le toxique, comment peut-il le montrer au jury ? Voilà un poison, la digitaline, l'aconitine, la vératrine, qui tue à quelques milligrammes, et l'on pourrait le trouver dans une portion de viscères. Et, quand bien même, après des expériences multiples, on découvrirait sur le cadavre des réactions analogues à celles de ces alcaloïdes, quelles preuves pourrait-on tirer de ces faits pour éclairer la justice ? Et ce que dans les corps après la mort il ne se forme pas des ptomaines de putréfaction et ces ptomaines ne pourraient-elles pas avoir les mêmes réactions chimiques que les alcaloïdes connus ?

Qu'on lise les procès d'empoisonnement par alcaloïdes végétaux et l'on verra que ce qui a convaincu le jury, ce ne sont pas les recherches et les expérimentations de l'expert, mais bien des preuves accablantes pour l'accusé, prises en dehors de la médecine légale.

Ainsi dans l'affaire Castaing « la mort d'Auguste Ballet, est-elle dûe à un empoisonnement par l'acétate de morphine, pendant la promenade faite par la victime à Saint-Germain-en-Laye ? Les plus illustres médecins, Laënnec, Orfila, Petit, Chaussier, Magendie n'ont pu déclarer que l'impossibilité, où ils étaient de déterminer la cause de la mort. Ils n'ont trouvé qu'une inflammation de l'estomac, avec des plaques rouges, tuméfiées, une congestion énorme du cerveau et du poumon, pouvant résulter autant d'un poison que d'une maladie banale. Des preuves morales seulement firent condamner Castaing à la peine capitale.

Et dans l'affaire Grisard de Dieppe, empoisonnement par la strychnine, à l'autopsie aucune lésion anatomique n'a pu être constatée. Et dans l'affaire William Palmer pour le meurtre de Pearson Cook que de débats, que d'assertions contraires soutenus par les plus grands médecins anglais de l'époque !

Il faut donc avouer que la médecine légale a des limites, qu'à l'autopsie il est parfois impossible de déterminer la cause de la mort que dans certaines circonstances, ni l'analyse chimique, ni les expérimentations faites sur les animaux éclaireront la justice et nous ne pouvons mieux terminer qu'en rappelant les conseils que donne M. Brouardel au médecin légiste, placé en présence de cas semblables.

« Dans un grand nombre d'autopsies l'intervention médico-légale donnera des résultats bien douteux. Votre scalpel ne vous donnera aucune preuve scientifique de la pathogénie de la mort.

Aussi vous donnerais-je le conseil de répondre très nettement, sans hésitation, aux questions que la justice pourra vous poser. Il ne se trouve aucune lésion pouvant expliquer la mort.

Certainement vous relèverez tout ce qu'il y a de défectueux dans le cœur, dans le cerveau, dans les reins, dans tous les organes en un mot. Mais vous ajouterez que d'autres personnes peuvent avoir des lésions aussi avancées sans que pour cela la mort survienne. Vous direz que vous êtes obligés d'avouer que vous êtes dans l'impossibilité de dire les causes réelles de la mort.

Il n'est pas humiliant pour un médecin-légiste, lorsqu'il a fait les recherches les plus consciencieuses, d'avouer qu'il ne sait pas : Il serait humiliant pour lui d'être obligé de reconnaître qu'il s'est trompé ».

CONCLUSIONS

I. — Dans les cas de mort subite, il est impossible de pouvoir préciser, par le seul examen externe du corps, les causes du décès.

II. — Donc chaque fois qu'un médecin sera appelé par réquisition de justice, à examiner le corps d'un individu mort subitement, il devra s'abstenir de toute conclusion relative aux causes de la mort, et déclarer que celles-ci ne peuvent être régulièrement établies que par l'autopsie.

III. — Souvent même les véritables causes de la mort ne pourront être déterminées que par un examen histologique venant compléter l'autopsie, et démontrer qu'il ne s'agit pas d'une intoxication, hypothèse très souvent émise dans les cas de mort subite.

IV. — Il existe même des cas de mort subite dans lesquels l'autopsie la plus complète, l'examen histologique et l'analyse chimique ne révèlent aucune lésion.

V. — Ces cas de mort subite doivent être attribués au phénomène décrit par Brown-Séquard sous le nom d'inhibition.

Vu : le Président de la thèse,
PROUST.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

H. JOUVE, imp, de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris

